

# Absceso epidural cervical por *Peptostreptococcus anaerobius*

L. FERNANDEZ GARCIA. A. MACHADO BALDASANO. F. VILLANUEVA PAREJA,  
D. GARCIA DE QUEVEDO y M. MARFIL HOMERO

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

**Resumen.**—Se presenta 1 caso de infección con absceso epidural a nivel cervical producido por un *Peptostreptococcus anaerobius* en 1 paciente en el que se realizó previamente una artrodesis C6-C7 por una hernia discal cervical. En la literatura no se han encontrado referencias bibliográficas de casos similares, por la etiología y la localización. Se discute la importancia de las infecciones por bacterias anaerobias en patología osteoarticular, métodos diagnósticos, así como su abordaje terapéutico.

## EPIDURAL CERVICAL ABSCESS CAUSED BY *PEPTOSTREPTOCOCCUS ANAEROBIUS*

**Summary:**—A case of postsurgical infection with cervical epidural abscess produced by *Peptostreptococcus anaerobius* is presented. The patient underwent previously a cervical arthrodesis (levels C6-C7) due to a discal herniation. A similar case has not been found in the review of the literature, taking into account its etiology and localization. It is discussed the importance of anaerobic bacterial infections in osteoarticular pathology, and diagnostic and therapeutic means.

## INTRODUCCIÓN

Las bacterias del género *Peptostreptococcus* son cocos anaerobios grampositivos, componentes habituales de la flora normal de superficies mucocutáneas (1). Con relativa frecuencia se pueden aislar en infecciones, asociadas o no a otras bacterias anaerobias. El *Peptostreptococcus* no es un aislamiento infrecuente en infecciones osteoarticulares, especialmente en pacientes que han sufrido cirugía ortopédica previa y sobre implantes (2-4).

Se presenta 1 caso de absceso epidural cervical causado por *Peptostreptococcus anaerobius*, sobre 1 paciente previamente intervenido por hernia discal C6-C7. Tras una revisión de la literatura consideramos la localización de la infección y el germen causal excepcionales.

### Correspondencia:

Dr. L. FERNANDEZ GARCIA  
P.º Marítimo Ciudad de Melilla, 25, 12-B  
29016 Málaga

## CASO CLÍNICO

Varón de 2º años de edad intervenido 8 meses antes por hernia discal cervical (C6-C7), habiéndosele practicado disectomía y artrodesis por vía anterior según técnica de Senegas. Se realizó osteosíntesis con una placa autoestable para columna cervical de titanio (Synthes). Acude a consulta por presentar cervicobraquialgia izquierda, que comenzó de manera insidiosa 2 meses tras las intervenciones y que ha seguido un curso progresivo. La respuesta al tratamiento médico (analgésicos, relajantes musculares) había sido escasa. Finalmente el paciente presentó parestesias a nivel de mano izquierda, en cara palmar de los 2 primeros dedos. En todo momento de la evolución se mantuvo afebril. La historia clínica no recogía ningún otro dato de interés.

La exploración física era anodina, sin objetivarse déficit neurológico motor ni sensitivo.

La analítica sanguínea mostraba los siguientes valores: hemoglobina, 13,0 g/dl.; hematocrito, 38,5%; leucocitos, 8.700/mm<sup>3</sup> con fórmula normal. VSG a la primera hora, 47 (rango normal: 2-11); a la segunda hora, 90 (rango normal: 2-20). PCR positiva, 1,5 (rango normal: < 0.6).

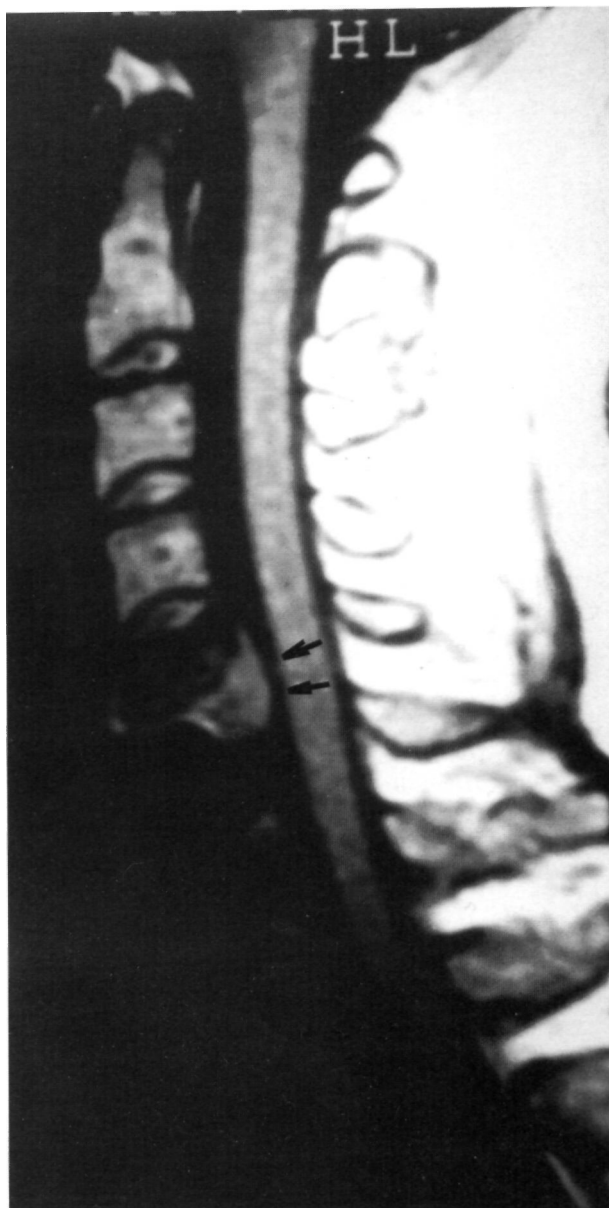
En la radiografía cervical no se apreciaba ningún dato de interés (Fig. 1). La RNM cervical mostraba cambios en la señal de C5, C6 y C7 secundarios a artefactos por metal del material de síntesis y una masa epi-



**Figura 1.** Radiografía lateral de columna cervical donde se puede apreciar la placa a nivel de los cuerpos vertebrales C6 y C7 y artrodesis del espacio correspondiente.



**Figura 2.** RM de columna vertical mostrando la presencia de artefactos metálicos en C6 y C7, así como una masa a nivel C5-C6 que penetra en el canal medular (flechas).



**Figura 3.** RM de columna cervical donde se aprecia la colección en continuidad con el disco C5-C6 invadiendo el canal (flechas).

dural que produce impronta medular más llamativa a nivel C5-C6 con predominio en lado izquierdo (Figs. 2 y 3).

Con el diagnóstico de presunción de absceso epidural se decide la intervención, realizándose retirada del implante, exéresis de esfacelos y restos discales a nivel C5-C6 a dicho nivel, dejando un sistema de lavado-aspiración.

El germen aislado de las muestras obtenidas intraoperatoriamente fue *Peptostreptococcus anaerobius* (Biomérieux Vitek Inc., Missouri, USA), sensible a penicilina, cefotaxima, cefoxitina, ceftriaxona, amoxicilina-elavulánico, ciprofloxacino, clindamicina e imipenem, resistente a metronidazol. Se instauró tratamiento con cefoxitina 1 g. i.v./6 h., manteniéndose 3 semanas, junto con el sis-

tema de lavado-aspiración. Se mantuvo inmovilización con collarín cervical durante 2,5 meses.

En la actualidad tras 18 meses de evolución el paciente se encuentra asintomático. En la radiografía cervical se puede apreciar fusión también de los espacios C5-C6 y C6-C7.

## DISCUSIÓN

El *Peptococcus anaerobias* es un germen comensal de las superficies mucocutáneas que se aísla con relativa frecuencia (1, 5); sin embargo, en la literatura revisada no se ha encontrado ningún caso similar al presentado en cuanto a la localizador] y al germen causal (6). Las infecciones osteoarticulares por gérmenes anaerobios, aun no siendo frecuentes, deben ser siempre tenidas en cuenta (7, 8). Cuando se toman muestras para cultivo de una infección ósea, por sistema deben ser procesadas para detectar gérmenes aerobios y anaerobios (9).

En el abordaje terapéutico de estas infecciones son válidos los principios básicos aplicables a cualquier infección: tratamiento antibiótico específico y prolongado. Debemos hacer especial énfasis en la limpieza quirúrgica de tejidos necróticos (10, 11), ya que dichas áreas con una baja tensión de oxígeno

no constituyen el sustrato ideal para el asiento de los anaerobios. En nuestro caso la decisión quirúrgica se veía reforzada por la localización del absceso que hacia imperativo el drenaje para eliminar la compresión sobre el cordón medular.

Con respecto al tratamiento antibiótico los gérmenes anaerobios suelen ser sensibles a penicilina o cefalosporinas; sin embargo, algunos miembros del grupo de *B. fragilis* y otras especies de *Prevotella* y *Phorphyromonas* pueden ser resistentes por la producción de betalactamasas (1). El metronidazol es un agente comúnmente usado en infecciones por anaerobios: sin embargo, la sensibilidad del *Peptostreptococcus* a este antibiótico es impredecible. encontrándose hasta un 10% de cepas resistentes (1). tal como ocurrió en el caso que presentamos.

Como consideración final podemos añadir que preferimos la utilización de implantes de titanio en el raquis al presentar una ventaja adicional, consistente en poder practicar una resonancia magnética (12). Dicha técnica aporta imágenes con escasos artefactos y es de gran valor diagnóstico en el seguimiento de pacientes ya intervenidos y que presenten alguna complicación.

## Bibliografía

1. Bartlett JG. *Anaerobic cocci*. En: Mandell GE, Douglas RG, Bennet JE, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1990:1975-1978.
2. Brook I, Frazier E. Anaerobic osteomyelitis and arthritis in a military hospital: a 10-year experience. *Am J Med* 1993;94:21-28.
3. Launder WJ, Hungerford DS. Late infection of total hip arthroplasty with propionibacterium acnes: a case report and review of the literature. *Clin Orthop* 1981;157:170-176.
4. Kamme C, Lindberg E. Aerobic and anaerobic bacteria in deep infections after total hip arthroplasty. Differential diagnosis between infections and non-infections loosening. *Clin Orthop* 1981;154:201-207.
5. Sapico FL, Montgomerie JZ. Pyogenic vertebral osteomyelitis. Report of nine cases and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1979;1:754.
6. Papasian CJ, McGregor DH, Hodges GR, Kennedy J. *Peptostreptococcal* vertebral osteomyelitis. *J Clin Microbiol* 1986;24:633-635.
7. Fitzgerald RA, Rosenblatt J, Tenney JH, Bourgault AM. Anaerobic septic arthritis. *Clin Orthop* 1982;164:141-148.
8. Posada M, Martínez J, De Letona L, Masa C, Ruiz J, Pérez R. Osteomyelitis vertebral por anaerobios. En nuevo caso. *Rev Clin Esp* 1984;175:169-172.
9. Sesma P, Villanueva F, Fernández L, Porrás J. Osteomyelitis vertebral por *Streptococcus constellatus*. A propósito de un caso. *Rev Ortop Traum* 1994;38:167-170.
10. Bartlett JC. Anaerobic bacteria: general concepts. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1990:1933-1948.
11. Lewis RP, Sutter VL, Finegold M. Bone infections involving anaerobic bacteria. *Medicine* 1978;57:297-305.
12. Meyers SP, Wiener SN. Diagnosis of hematogenous pyogenic vertebral osteomyelitis by magnetic resonance imaging. *Arch Intern Med* 1991;151:683.